

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

SUR LES CAUSES ORDINAIRES D'INSUCCÈS

DANS

L'EXTRACTION DE LA CATARACTE DE MORGAGNI

(CATARACTE A NOYAU FLOTTANT)

ET SUR LES MOYENS D'EN TRIOMPHER

PAR

le Dr GEORGES-MARTIN, de Cognac.

COMMUNICATION FAITE AU CONGRÈS DE GENÈVE.

PARIS,
V. ADRIEN DELAHAYE & Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS,
Place de l'École de Médecine.

1878.

CLINIQUE

OPHTHALMOLOGIQUE

DU

D[r] GEGORES-MARTIN, A COGNAC.

GAND, IMPRIMERIE DE I.-S. VAN DOOSSELAERE.

CLINIQUE
OPHTHALMOLOGIQUE.

SUR LES CAUSES ORDINAIRES D'INSUCCÈS

DANS

L'EXTRACTION DE LA CATARACTE DE MORGAGNI

(CATARACTE A NOYAU FLOTTANT)

ET SUR LES MOYENS D'EN TRIOMPHER

PAR

le Dr **GEORGES-MARTIN**, de Cognac.

COMMUNICATION FAITE AU CONGRÈS DE GENÈVE.

PARIS,
V. ADRIEN DELAHAYE & Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS,
Place de l'École de Médecine.

1878.

SUR LES CAUSES ORDINAIRES D'INSUCCÈS

DANS

L'EXTRACTION DE LA CATARACTE DE MORGAGNI

(CATARACTE A NOYAU FLOTTANT)

ET SUR LES MOYENS D'EN TRIOMPHER [1]

PAR

Le Dr GEORGES-MARTIN (de Cognac).

Le sort des malades porteurs de cataractes de Morgagni et traités par les méthodes ordinaires d'extraction est, selon les cas, bien différent. Chez les uns, dans une proportion que nous ne saurions déterminer, la sortie du noyau cristallinien est facile — quelquefois si facile qu'il se précipite au loin à la moindre pression exercée sur le globe de l'œil, — la guérison rapide, l'acuité visuelle excellente et durable. Chez les autres, au contraire, l'extraction est impossible ; le noyau reste dans l'œil, agit à la manière d'un corps étranger, et provoque une violente inflammation conduisant à la perte de l'organe.

En présence d'insuccès de cette nature, nous nous sommes souvent demandé pourquoi les divers moyens opératoires employés contre les cataractes séniles ordinaires (kératotomie à lambeau, kératotomie linéaire simple ou combinée à l'iridectomie) sont, dans certaines circonstances, incapables d'évacuer cette lentille qui, vu ses

(1) D'après une communication faite au *Congrès de Genève*.

petites dimensions, devrait sortir par la moindre des ouvertures cornéennes. Nous nous sommes également demandé si, en apportant quelques modifications aux procédés existants, on pourrait les rendre applicables à la variété morgagnienne.

Mais, avec des modifications dans le *modus faciendi* ou, nous dit-on, dans les instruments, est-on sûr d'extraire le cristallin ? Les difficultés qui se présentent ne tiennent-elles pas uniquement aux altérations multiples dont l'organe est le siége ? A côté des lésions observées dans le système cristallinien, il y en a d'autres, bien connues, de a zonule de Zinn, du corps vitré et de l'hyaloïde ; ne sont-ce pas ces phénomènes régressifs qui sont la cause essentielle des revers ? Quels que soient les changements que l'on fasse subir aux opérations en usage, on ne saurait rendre la vue à un plus grand nombre d'opérés.

A notre avis, cette manière d'envisager les choses n'a rien de scientifique et ne saurait détourner de nouvelles recherches. L'examen des faits porte à penser tout autrement. Comme il est impossible, avant l'opération, de prédire les chances que court le malade, il est plus logique de conclure que la diversité dans les résultats est sous la dépendance de manœuvres chirurgicales qui, a l'insu de l'opérateur, ont été différentes.

Des observations personnelles nous ont mis à même de découvrir en quoi les procédés ordinairement pratiqués sont défectueux, et d'analyser les diverses circonstances opératoires heureuses qui accompagnent les cas suivis de guérison. C'est ce que nous allons exposer dans la première partie de ce travail. Puis nous essairons de jeter les bases d'un traitement rationnel.

*
* *

La clinique nous apprend que, lorsqu'on ne peut amener au dehors un cristallin morgagnien, cela tient à ce qu'il

reste emprisonné, malgré la cystotomie, dans l'intérieur du sac capsulaire.

Cet enchâtonnement est sous la dépendance d'une ouverture insuffisante de la cristalloïde, ou la conséquence de manœuvres expulsives peu en rapport avec la disposition anatomique des lèvres de la plaie faite par le cystitome.

Ces deux causes d'insuccès, l'une révélée par les faits, l'autre suggérée par le raisonnement, méritent un examen séparé.

*
* *

Le cristallin reste enfermé dans la cristalloïde, parce que l'ouverture faite à cette membrane est insuffisante.

La première fois que nous avons constaté le fait, c'est à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris, en 1871, alors que nous nous exercions à l'extraction à lambeau de Daviel sur l'œil cataracté d'un cadavre de vieillard. Voici les quelques lignes relatant les particularités que nous avions jugées dignes d'être notées :

« L'incision de la cornée faite, la cristalloïde ouverte, » un liquide laiteux envahit en abondance la chambre » antérieure. Quelques pressions sur la partie inférieure de » la cornée avec une curette, dans le but d'amener le » cristallin à l'extérieur, ne font sortir que du liquide ; » néanmoins la pupille est noire. Tout d'abord, nous pen- » sons être en présence d'une cataracte entièrement liquide » remontant au jeune âge. Immédiatement, nous pro- » cédons à une dissection minutieuse, dans le but de » rechercher si l'état des autres parties de l'œil peut mon- » trer la nature et les causes de cette cataracte. Nous » remarquons bientôt, après avoir enlevé la cornée et l'iris, » un petit noyau logé dans le voisinage de l'incision cor- » néenne. Ce corps est enveloppé d'une poche, dans l'inté- » rieur de laquelle on le déplace, mais d'où l'on ne peut le

» faire sortir. A son centre, la poche présente une petite
» ouverture d'environ $0^{m},002$ de diamètre. Ces recherches
» faites, nous concluons avoir opéré une cataracte de
» Morgagni, dont le petit noyau n'a pu traverser l'ouver-
» ture trop étroite de la cristalloïde. »

A la suite de cet exercice opératoire, aucune déduction pratique ne se présenta à notre esprit; nous avions bien remarqué la petitesse de la section de la capsule, mais nous n'accusions que nous-même de la brièveté de cette incision. Sans nul doute ces notes seraient restées oubliées dans nos cartons, et nous n'en aurions jamais tiré aucun enseignement, si, deux ans après, en opérant un malade atteint d'une cataracte liquide à noyau, nous ne nous étions trouvé de nouveau dans l'impossibilité de faire sortir la partie solide du cristallin. Cet insuccès nous remit en mémoire le fait de l'amphithéâtre et l'ouverture insuffisante de la cristalloïde. Nous nous demandâmes, alors, si ce n'était pas à une cause semblable que tenait l'emprisonnement de la lentille dans l'intérieur de l'œil. Sur le moment, par suite de l'irruption du corps vitré, nous ne pûmes nous rendre compte de ce qui était arrivé ; mais, le lendemain, une fois la plaie cornéenne fermée, nous vîmes, au moyen de l'éclairage latéral, que le cristallin occupait la partie supérieure de la pupille artificielle, et qu'il était enveloppé de la cristalloïde, qui ne présentait à son centre qu'une petite fente inférieure au diamètre du noyau. Dès lors, ce qui dans le principe nous avait apparu comme un fait isolé, sous la dépendance d'une maladresse opératoire, se présenta à notre esprit comme étant propre à cette variété de cataracte.

En réfléchissant, on comprend que, dans toutes les cataractes liquides, l'ouverture de la cristalloïde est loin de pouvoir être opérée de la même manière que dans les cataractes dures.

Dans ces dernières, on entame la cristalloïde aussi largement qu'on le désire, et l'on ouvre la capsule succes-

sivement dans plusieurs directions. Pendant ces manœuvres, le *cito* de l'adage ancien n'est pas obligatoire : chaque incision peut être exécutée avec lenteur, et toute interruption entre chacun des temps de la discision ne saurait devenir un obstacle à l'exécution de ce qui reste à faire. En outre, pendant toute la durée de la cystotomie, l'instrument ne saurait intéresser la membrane enveloppante du corps vitré.

Tout cela est possible, parce que les couches corticales du cristallin ont conservé leur consistance, et qu'elles demeurent en très grande partie dans l'intérieur du sac capsulaire, tant qu'on n'exerce pas de pression sur le globe de l'œil. Dans ces conditions, en effet, la cristalloïde antérieure ne peut devenir flasque, et ne se laisse nullement déprimer par l'aiguille, qui, trouvant assez de résistance, fonctionne selon le désir de l'opérateur. Toute l'épaisseur du cristallin, d'autre part, séparant la cristalloïde postérieure de la lame du cystitome, le corps vitré ne court aucun danger.

Dans les cataractes liquides, d'où le contenu du sac sort après la moindre ouverture, et où la cristalloïde, ne présentant aucune élasticité, perd sa forme convexe et s'affaisse, ce temps opératoire présente de tout autres particularités, que l'on peut résumer dans les propositions suivantes :

α. La discision est loin d'être exécutable dans son entier : presque toujours l'incision de la capsule est incomplète et souvent limitée à un trou d'épingle.

β. S'il est difficile de faire une première ouverture en forme de fente, *a fortiori* des incisions supplémentaires sont-elles impraticables.

γ. Veut-on effectuer une large section à la capsule et en même temps s'assurer contre la blessure du corps vitré, il faut manœuvrer avec célérité, afin que la discision soit faite avant la sortie d'une partie notable du liquide.

Une circonstance malheureuse vient encore aggraver la situation du petit cristallin abandonné dans le sac par sa

partie liquide. L'ouverture cristalloïdienne qui, ainsi que nous venons de le montrer, est dans beaucoup de cas primitivement trop étroite, n'est plus susceptible de subir d'agrandissement par la suite, comme cela a lieu pour les cataractes séniles ordinaires. Dans ces cataractes, en effet, le temps de la discision est non seulement exécutable en totalité, mais, vient-il à être incomplètement accompli par le chirurgien, l'incision première ne tarde pas à devenir le point de départ de fissures, qui sillonnent, dans plusieurs sens, toute l'épaisseur de la membrane. La piqure se trouve dilatée tout d'abord par l'irruption spontanée des masses corticales demi-molles emprisonnées, et, dans la suite, par le passage des couches plus profondes que les manœuvres expulsives amènent à l'extérieur. Dans les cataractes de Morgagni, le sort d'une incision incomplète est forcément tout autre. Les masses corticales liquéfiées sortent par le pertuis, sans exercer de pression sur ses bords. Seul, le noyau serait capable d'agrandir les dimensions de l'ouverture première, mais il faudrait que son bord vînt se présenter juste au niveau de l'incision capsulaire, et que, par une manœuvre spéciale, on forçât l'engagement, ce qui est impraticable. Toute façon d'agir ayant pour but la dilatation par le noyau, entraînerait forcément la sortie du corps vitré.

Ainsi donc, par une double fatalité, la cristalloïde offre, dans la cataracte morgagnienne, une ouverture inférieure au diamètre du corps qu'elle contient.

*
* *

Le cristallin reste dans le sac capsulaire, les manœuvres expulsives n'étant pas de nature à l'en faire sortir.

Si, dans la très grande majorité des cas, la cause principale de l'enchâtonnement du cristallin réside dans la petitesse de l'ouverture du sac, dans certains autres, bien manifestes, cette complication peut avoir pour

origine le mode d'expulsion employé. Une opération dans laquelle le cristallin, extrêmement petit, est resté dans l'œil, bien que la section de la cristalloïde fût assez grande, nous a forcé à admettre que le mode d'évacuation indiqué par de Graefe pour les cataractes séniles ordinaires (pression avec le dos de la curette sur le bord inférieur de la cornée), est une manœuvre qui ne convient nullement à la cataracte liquide à noyau flottant. Que peuvent produire des pressions sur le segment inférieur de la cornée? Un déplacement intra-capsulaire de bas en haut du cristallin, rien de plus. Pour que ce dernier, au lieu d'aller se loger dans le cul-de-sac supérieur, se présente dans la plaie cristalloïdienne, il faudrait qu'il fût arrêté dans sa marche ascensionnelle au niveau de la lèvre supérieure de cette plaie. Mais à ce niveau il n'existe aucun relief s'avançant dans l'intérieur du sac capsulaire. Si la cataracte, au lieu d'être enveloppée uniquement d'une couche liquide, présentait quelques masses corticales solides adhérentes à cette lèvre supérieure, celles-ci, formant une saillie intérieure, contrarieraient la montée du petit corps et lui feraient éprouver un mouvement de bascule, qui aurait pour effet de l'engager dans la porte de sortie.

Ce mode d'expulsion pourrait encore amener l'accouchement de la lentille, si le segment de la cristalloïde, situé au-dessus de l'incision faite par le cystitome, était porté sur un plan postérieur à celui occupé par la portion de cette membrane sous-jacente à l'incision ; en d'autres termes, si la lèvre supérieure de la plaie capsulaire, écartée de l'autre lèvre, était portée en arrière. Dans ces conditions, le prisonnier, soulevé par la curette, trouverait pour s'évader une ouverture béante. Mais il est facile de se rendre compte qu'après la cystotomie les deux lèvres de la plaie occupent un seul et même plan. La cornée et l'iris, les deux seules membranes en avant de la capsule, ne peuvent agir sur cette dernière pour en déprimer la

portion supérieure. Et même, si le lambeau cornéen présentait une certaine mobilité, comme cela a lieu à la suite de l'incision de Daviel, ou si l'on avait recours à l'iridectomie, le segment supérieur de la cristalloïde se porterait en avant, et offrirait par conséquent une disposition inverse de celle qui serait avantageuse à l'engagement naturel de la lentille.

*
* *

Quelles peuvent être les circonstances opératoires heureuses qui ont présidé aux extractions faciles du noyau morgagnien, alors même que l'on s'est servi du mode d'expulsion que nous venons de critiquer ?

Sans nul doute, ces sorties aisées, tellement aisées qu'on pourrait croire avoir eu affaire à des cas appartenant à une variété à part, ont été le résultat d'une très large ouverture capsulaire, pratiquée sans idée arrêtée de la part de l'opérateur, et même quelquefois à la suite d'un mouvement dont il n'a pas été entièrement maître.

On comprend, en effet, qu'une incision horizontale, parallèle à la plaie cornéenne et présentant de très grandes dimensions, constitue une plaie béante au travers de laquelle le cristallin s'engage sans difficulté, et qui annihile par conséquent les mauvais effets de la pression sur le segment inférieur de la cornée.

On comprend aussi que ces sorties faciles correspondent (et un fait clinique nous l'a prouvé) à une destruction complète du cul-de-sac supérieur de la capsule par une large cystotomie verticalement pratiquée.

Moyens à employer pour triompher des difficultés capsulaires.

Le chirurgien, en présence d'une cataracte liquide à noyau, doit donc être préoccupé : 1° de pratiquer une incision cristalloïdienne d'un diamètre supérieur à celui du noyau cristallinien ; 2° de forcer l'engagement de ce noyau dans cette incision.

1° Pour arriver à une discision suffisante de la capsule, le meilleur instrument à employer est le cystitome simple de de Graefe. Tous les cystitomes à double fonction comportent une manœuvre trop lente pour pouvoir être utilisés. On doit même mettre de côté le cystitome-curette de Desmarres, bien qu'il ait été inventé uniquement pour l'opération des cataractes de Morgagni. Cet instrument se compose, comme on le sait, d'une curette munie à sa surface convexe d'une petite érigne se cachant à volonté. Desmarres, voyant dans l'issue prématurée de la partie liquide de la lentille le motif le plus puissant des revers, voulait saisir le noyau sitôt le sac ouvert, et avant que les masses corticales liquides eussent eu le temps de sortir. « Si l'on y parvient, disait-il, la question est résolue. » A notre avis, il n'en est rien. Avec cet instrument, on ne peut avoir la certitude de faire une ouverture d'une grandeur déterminée, et l'on procède à l'introduction de la curette dans l'intérieur du sac, sans savoir si l'incision est suffisante pour lui livrer passage. Si la plaie est trop étroite, l'instrument n'est pas seulement impuissant, il est dangereux : il refoule en masse tout le système cristallinien (capsule et lentille) vers le corps vitré, qui ne tarde pas, par suite de la rupture de l'hyaloïde, à se précipiter à l'extérieur. Le cystitome de de Graefe, grâce à la finesse de sa tige, aux inclinaisons diverses que l'on peut donner, selon les cas, à la partie tranchante, à l'habitude que l'on a déjà de son maniement, est le seul instrument capable d'une action rapide, d'une dilacération suffisante de la cristalloïde, avant la sortie de la majeure partie du liquide contenu dans son intérieur.

Comme, dans ces cas, les incisions multiples sont souvent impossibles, il conviendra de commencer par la plaie la plus importante, par celle dont la situation permettra au noyau l'engagement le plus facile. A cet effet, la direction hori-

zontale, au niveau du plus grand diamètre de la capsule, me paraît être la meilleure : c'est cette section que réclame le mode d'expulsion que nous allons conseiller.

On pourrait penser faire une large plaie verticale qui, en détruisant le cul-de-sac supérieur, assurerait la sortie du noyau; ce serait une pratique infidèle dans ses résultats. Nous lui devons un désastre opératoire : malgré tout notre désir de faire une cystotomie selon nos idées, nous ne sommes parvenu, dans le cas en question, qu'à produire une plaie partielle à la cristalloïde. Cette plaie, quoique supérieure aux dimensions du cristallin, n'a pu lui livrer passage; par le fait de sa direction verticale, aucune manœuvre rationnelle ne pouvait aider l'engagement.

A tout prix, la cystotomie doit être entière. Dans les cas où l'ouverture pupillaire viendrait à se contracter après la sortie de l'humeur aqueuse et à gêner par conséquent les manœuvres du cystitome, l'on ne devra pas hésiter à faire l'iridectomie. Avant de passer à l'extraction, il faut que l'on soit dans la possibilité d'affirmer que l'ouverture de la cristalloïde a des dimensions suffisantes.

2° Pour forcer l'engagement du cristallin, au lieu d'exercer sur la partie inférieure de la cornée une pression de bas en haut, ce qui produit, ainsi que nous l'avons indiqué, l'ascension du noyau dans le cul-de-sac, il convient d'utiliser le manœuvre de Weber, de déprimer la lèvre supérieure de la plaie cornéenne avec la curette de ce chirurgien. On établira ainsi une barrière qui empêchera le noyau de gagner la région dans laquelle il a une tendance si naturelle à pénétrer, car la dépression de la lèvre cornéenne amènera le refoulement de la lèvre cristalloïdienne supérieure. Les pressions consécutives de la curette, se propageant à tous les milieux de l'œil, tendront à faire remonter le cristallin vers la plaie béante de la capsule, et de là vers l'ouverture de la cornée. Ajoutons que ce mode d'expulsion prend, mieux que tout autre, les intérêts de la

zonule : point important, dans des cas où naturellement ce ligament présente une faible résistance!

*
* *

Demandons-nous maintenant quelle est la section cornéenne dont il faudra faire choix? Cette section devra répondre aux *desiderata* suivants :

Permettre au besoin l'iridectomie;

Permettre d'appliquer la manœuvre de Weber ;

Enfin s'opposer, autant que faire se peut, aux sorties du corps vitré.

La première condition écarte les incisions dites *centrales ;* la dernière nous éloigne des sections *périphériques* qui, de l'aveu général, exposent le plus aux ruptures de la zonule ; enfin, l'expulsion de Weber rend impossibles les incisions *médianes inférieures*. De toute nécessité, cette manœuvre exige que la lèvre interne du bord supérieur de la section cornéenne soit au moins tangentielle au bord supérieur du cristallin. Le choix se trouve donc limité aux incisions *médianes supérieures*. Or, parmi ces dernières, c'est celle de Maurice Perrin qui, en raison de son emplacement, permet une cystotomie selon les préceptes indiqués, et, si elle vient à être nécessaire, l'iridectomie. Mais comme, par sa forme, cette section prédispose aux procidences de l'iris, on pratiquera, dans l'emplacement choisi par le chirurgien du Val-de-Grâce, le lambeau de Lebrun, pour avoir des surfaces biseautées, les plus propres à empêcher cet accident.

L'opération, telle que nous venons de la décrire, et à laquelle, disons-le en passant, nous sommes redevable d'un succès des plus heureux, est susceptible de quelques modifications. Ainsi, au lieu de chercher à ouvrir le sac en promenant la lame du cystitome sur sa convexité antérieure, ne serait-il pas plus simple, plus aisé et plus sûr, d'agir par transfixion et de faire à la capsule, avec le

couteau qui a servi à l'ouverture de la coque oculaire, un lambeau qui serait en petit ce que celui de la cornée est en grand? A *priori*, on ne peut trouver aucune objection à l'application de cette manière de faire aux cataractes liquides à noyau. Pour ces dernières, on n'a point la crainte de la luxation du cristallin, qui a été l'un des motifs mis en avant (et avec raison) pour exclure cette façon d'agir, lorsqu'il s'agit de cataractes dont les masses périphériques sont solides. Cette transfixion de la cristalloïde se ferait immédiatement après l'ouverture de la cornée. Vouloir réunir la cystotomie à la kératotomie aurait le grave inconvénient de rendre difficile, sinon impraticable, par le fait de l'irruption du liquide laiteux intra-capsulaire, le moment de la contre-ponction cristalloïdienne et cornéenne. Mais l'exécution du lambeau capsulaire, consécutivement à la section kératique, peut être rendue impossible par la contraction du sphincter iridien. Une ouverture pupillaire n'aurait ici aucun avantage, à moins d'être pratiquée latéralement, ce qui serait infliger à l'œil une affreuse mutilation. Mieux vaudrait faire la ponction de la cristalloïde après avoir préalablement traversé la partie externe de l'iris, dont on fendrait une portion plus ou moins étendue de la petite circonférence, en taillant le lambeau capsulaire.

Nous avons pensé pouvoir écarter les difficultés d'une cystotomie, pratiquée par transfixion lors du premier temps, par l'emploi d'un couteau spécial qui lutterait contre l'envahissement prématuré du liquide laiteux. Cet instrument, que nous avons fait fabriquer par M. Luër, de Paris, n'est autre qu'un petit couteau de de Græfe, à l'extrémité duquel nous avons fait ajouter une pointe courbe d'une longueur de treize millimètres. La courbure de cette pointe appartient à un cercle de onze millimètres de rayon. Elle a été calculée de manière que, la ponction et la contre-ponction étant faites au niveau de l'union de la cornée à la sclérotique, sur une ligne horizontale voisine

du grand diamètre de la cornée, — le sac capsulaire soit traversé en deux points opposés, près des limites de la pupille, amenée par l'atropine à sa plus grande dilatation. L'instrument allant toujours en augmentant de volume, agira à la manière du couteau de Beer, et l'humeur aqueuse ne pourra sortir que tardivement. Retenue dans la chambre antérieure, cette humeur aura pour effet de maintenir la mydriase et d'empêcher la sortie du liquide laiteux. Le sac ainsi embroché ne peut manquer d'être ouvert, et cela dans une étendue calculée à l'avance. Quel sera le sort de ce couteau? Remplira-t-il le but proposé? Nous ne pouvons rien dire sur ce point, ne l'ayant pas encore employé sur le vivant.

*
* *

Au lieu de s'efforcer à lutter contre les difficultés cristalloïdiennes, ne pourrait-on pas les éviter en utilisant le procédé d'extraction de la cataracte avec sa capsule, selon les préceptes de Pagenstecher et de de Wecker? Cette opération procure, on se le rappelle, les meilleurs résultats visuels. Si elle a été abandonnée pour le traitement des cataractes séniles, c'est qu'elle fesait courir à l'organe de graves dangers, ayant pour cause première une résistance trop grande de la part de la zonule de Zinn, qui nécessitait, pour être ouverte, l'intervention d'une force proportionnellement trop énergique, engendrant ou la commotion ou la sortie du corps vitré.

Or, comme, dans la cataracte à noyau flottant, il existe une disposition anatomo-pathologique tout autre de la cristalloïde et des liens d'union du système cristallinien avec les parties environnantes, il est permis de penser que ces dangers ne sauraient y exister au même degré.

En effet, d'une part le sac capsulaire offre plus de résistance; circonstance heureuse, car il en sera moins sujet à se rompre lors des mouvements de traction, accident qui est

arrivé à de Wecker 15 fois sur 66 cas. A propos de cette complication opératoire, cet auteur fait la réflexion suivante : « Sur des cataractes corticales commençantes et sur des cataractes dont les masses corticales sont absolument ramollies (cataracte de Morgagni), la résistance de la capsule se prête mieux à l'opération. (*Traité des maladies des yeux*, T. II, page 227.) »

D'autre part, la zonule offre une faible résistance et la cristalloïde postérieure adhère faiblement à l'hyaloïde. Dans quelques faits, la connexion qui existe entre la capsule et la membrane enveloppante du corps vitré est tellement relâchée, que la plus légère pression exercée sur l'œil fait progresser vers l'extérieur la lentille avec sa cristalloïde. De Wenzel, dans son Traité de la cataracte, page 137, cite deux observations à l'appui de cette curieuse disposition. Dans la première, dont le patient fut le célèbre Euler, « après kératotomie supérieure, le cris- » tallin, qui était mou et sous forme d'hydatide, sortit lente- » ment et à la volonté de l'opérateur, sans qu'il fût néces- » saire d'inciser la capsule. Le corps vitré n'eut pas la » liberté de s'échapper, et l'opération ne fut accompagnée » ni suivie d'aucun accident ». Au sujet de la seconde, l'auteur dit : « En examinant l'œil, je soupçonnai, d'après » la légère convexité de l'iris, et par la forme et la couleur » de la cataracte, que le cristallin était fondu et sous » forme d'hydatide ; il avait l'apparence vésiculaire ; alors » je me déterminai à faire l'incision par en haut. Le cris- » tallin sortit immédiatement (quoiqu'à ma volonté), et » renfermé dans ses deux capsules ; l'humeur vitrée, qui se » présentait à l'incision, fut retenue par l'abaissement de » la paupière supérieure. Au bout de quinze jours, la ma- » lade fit usage de cet œil ».

Dans ce même ouvrage, après avoir cité ces faits, de Wenzel relate, chez quelques sujets, un état d'abandon complet du cristallin par ses liens naturels.

« J'ai plusieurs fois observé le cristallin renfermé dans
» ses capsules sous la forme d'hydatide, présentant l'aspect
» d'une petite boule, lisse, et sans rugosité qui pût faire
» soupçonner aucune attache ni aucune continuité avec
» une autre partie. » Et plus loin, il ajoute : « Il est diffi-
» cile de savoir comment la membrane qui enveloppe et
» qui retient en place le cristallin dans l'état naturel, peut
» se détacher entièrement du corps vitré dans la circonfé-
» rence de la lentille, et rester ensuite adhérente au
» cristallin, de manière à entourer uniformément ce corps,
» et à représenter une tunique particulière très-bien con-
» formée. »

Guidé par toutes ces données, nous avons appliqué ce procédé à un cas de cataracte liquide à noyau flottant, alors que, connaissant la cause des difficultés d'extraction, nous n'avions pas encore imaginé d'ajouter à la large incision de la cristalloïde le mode d'expulsion de Weber. Le résultat fut aussi heureux que prompt. Nous avions opéré sans écarteur et sans anesthésie, par kératotomie supérieure avec iridectomie, et, au moyen d'une curette introduite en arrière de la cristalloïde postérieure, nous avions été à la recherche du cristallin.

Bien que, dans ce fait, nous n'ayons eu qu'à nous louer de la manœuvre de traction employée, désormais nous préférerons imiter la pratique de Richter, de Christiaen et de Sperino, qui font venir la lentille au dehors en exerçant sur l'œil de douces pressions. Les deux faits de de Wenzel, que nous venons de citer, témoignent déjà de la valeur de ce procédé appliqué aux cataractes de Morgagni.

Tels sont les moyens rationnels qui nous semblent devoir être essayés et sur la valeur réciproque desquels l'avenir décidera. L'expérience clinique est seule capable de nous révéler quelle sera, parmi ces diverses manières de faire, celle qui constituera un jour le procédé d'extraction qu'

faudra spécialement et uniquement employer pour le traitement des cataractes à noyau flottant.

(Extrait des *Annales d'Oculistique*, Janvier-Février 1878.)